

TEMA 7

ATENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LAS NECESIDADES DE ELIMINACIÓN: GENERALIDADES. RECOGIDA DE MUESTRAS: TIPOS, MANIPULACIÓN, CARACTERÍSTICAS Y ALTERACIONES. SONDAJES, OSTOMÍAS, ENEMAS: TIPOS, MANIPULACIÓN Y CUIDADOS.

1. Eliminaciones del enfermo.

1.1. Concepto.

1.2. Clasificación de los distintos tipos de eliminación.

1.2.1. Diurésis.

1.2.2. Deposiciones.

1.2.3. Espustos.

2. Recogida para exploraciones o análisis.

2.1. Tipos de muestras.

3. Sondajes.

3.1. Tipos.

3.1.1. Sondaje vesical.

3.1.2. Sondaje nasogástrico.

4. Ostomías.

4.1. Tipos de ostomía.

4.1.1. Ostomias gastrointestinales.

4.1.2. Ostomías urológica.

4.2. Cuidados de la piel periestomal.

4.3. Cuidados específicos.

5. Enemas.

5.1. Administración rectal.

5.1.1. Supositorios rectales.

5.1.2. Enemas.

5.2. Limpieza del material.

ATENCIÓN DE LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LAS NECESIDADES DE ELIMINACIÓN

1. Eliminaciones del enfermo

1.1. Concepto.

Las eliminaciones del enfermo son productos elaborados por el organismo del propio individuo que son expulsados al exterior.

El enfermo con sus eliminaciones por vías naturales nos aporta datos útiles para conocer el estado de su enfermedad, así como la efectividad del tratamiento. Se conocen como *emuntorios naturales* a la orina, las heces y los esputos.

Las eliminaciones deben ser observadas cuidadosamente; en caso de aparecer signos anormales, se debe informar a la mayor brevedad posible al médico o a la enfermera.

Las historias clínicas disponen de una gráfica donde se reflejan los siguientes datos:

Orina: Color, número de micciones, cantidad eliminada, disuria, enuresis nocturna, etc.

Heces: Cantidad, color, número de veces, diarrea, estreñimiento, etc.

Esputos: Cantidad, tipo, color, aspecto, etc.

1.2. Clasificación de los distintos tipos de eliminación.

1.2.1. Diuresis.

Líquido amarillento translúcido, que, procedente de los riñones, y a través de los uréteres, llega a la vejiga y de ésta, pasa a la uretra, para ser expulsada al exterior por el meato urinario. Es el resultado final del filtrado sanguíneo.

La cantidad de orina (diuresis) emitida por un individuo de unos 75 Kg. de peso es de 1200 a 1500 ml/día, en condiciones normales.

Hay causas fisiológicas y/o causas patológicas que varían estos parámetros.

Así hablaríamos de:

Poliuria: Diuresis superior a 1200-1500 ml/día.

Oliguria: Diuresis inferior a 1200-1500 ml/día.

Anuria: Volumen de diuresis inferior a 200 ml/día

Polaquiuria: Aumento del número de micciones.

Medidas para facilitar la micción, ante una posible retención urinaria:

- Colocar al paciente en la posición adecuada.
- Llevarle al baño, cuando el estado del paciente lo permita.
- Facilitarle intimidad y esperar un tiempo prudencial.
- Agotados todos los medios por el auxiliar de clínica, se comunicará la retención urinaria a la enfermera, por si procede el cateterismo vesical.

Si el paciente permanece en la cama, se le facilitará la colocación de cuñas y botellas:

A. Cuña

- Aislar al paciente en la medida que se pueda, para salvaguardar su pudor.
- El auxiliar deberá colocarse guantes desechables y asegurarse de la limpieza de la cuña.
- Colocar papel higiénico en la cuña, para facilitar su limpieza posterior.
- Ayudar al paciente a doblar las rodillas y elevar las caderas para poder colocar la cuña bajo los genitales y no manchar la cama.
- Cubrir al enfermo con la sábana encimera y esperar con discreción hasta que nos avise para retirarla.
- Lavar los genitales y revisar si se ha manchado la sábana, cambiándola si es preciso.
- Airear la habitación y anotar en la historia la hora y las observaciones correspondientes. (color, cantidad, etc.).
- Lavarse las manos y en caso necesario, las del enfermo.

B. Botella masculina

- Utilizar siempre guantes desechables.
- Colocar el pene en el orificio de la botella, para facilitar la evacuación.
- Finalizada la micción, se limpiará el meato con una gasa y se retirará la botella.

1.2.2. Deposiciones.

Productos de desecho del organismo que son expulsados al exterior por vía rectal, mediante movimientos peristálticos del colon.

El número varía dependiendo de la situación del enfermo y de su patología.

La coloración es importante y nos proporciona información de la situación clínica del paciente. Así, cuando hay alteraciones en la vía biliar, las deposiciones son blanquecinas y hablamos de deposiciones *acólicas*. Si encontramos restos de sangre hablamos de *rectorragia*, aunque la sangre puede proceder de sitios diferentes, bien por inflamación de venas hemorroidales o puede proceder también de partes altas del tubo digestivo (*melenas*).

El auxiliar de enfermería deberá proporcionar a la enfermera la información (características y número de las deposiciones), así como registrarlo en la gráfica de enfermería (según protocolo del centro).

1.2.3. Esputos.

Productos acumulados en el árbol pulmonar y que se expulsan acompañados de tos.

La cantidad en 24 horas es grande en caso como *bronquiectasias, tuberculosis, edemas pulmonares*, etc.

Pueden ser claros u opacos, según las células que contenga, y más mucoso, espumoso, purulento, sanguinolento, etc., según el estado del tacto respiratorio afectado. En ocasiones son masas sólidas en forma de tapones (de DITTRICH) o en forma acaracolada (de CURSCHMANN). Para poder conocer las características, se puede comprobar echándolo en un vaso con agua.

El color depende de la cantidad de supuración que contenga, pasando del blanco al amarillento, al grisáceo-purulento. Es inoloro, pero ocasionalmente desprende un olor fétido por infección pulmonar.

2. Recogida para exploraciones o análisis

2.1. Tipos de muestras.

A) DIURESIS

Diuresis de 24 horas:

- El auxiliar de enfermería debe obtener del enfermo una colaboración perfecta.
- Se despreciará la primera micción de por la mañana.
- A partir de este momento, toda la orina debe recogerse en un recipiente especial.
- Al día siguiente, por la mañana, a la misma hora que el día anterior, el enfermo debe orinar en el recipiente previamente etiquetado.

Diuresis fraccionada:

- Se hace un cierto número de exámenes sobre las muestras de orina recopilada en dos horas, en seis horas, o en más fracciones horarias. Es esencial anotar en los frascos las horas correspondientes a la recogida, el volumen urinario y el nombre del enfermo.

Recogida para el análisis de orina:

- De la primera orina de la mañana se recogerá de 150 a 200 CC.
- Se obtendrá del punto medio de la micción, nunca del comienzo, y se recogerá en un bote aséptico, previamente esterilizado, en los que debe figurar los datos personales del enfermo. Una vez depositada en el bote, se cerrará herméticamente.
- Si se requiere una mayor precisión, se realizará con sonda uretral.
- Si se encuentran elementos sólidos en la orina, deberán ser conservados.

3. Sondajes

3.1. Tipos.

3.1.1. Sondaje vesical.

Maniobra delicada que sólo se realiza por prescripción facultativa y el auxiliar deberá ser el que se ocupe de preparar el material necesario, vigilar su buen drenaje y mantener una higiene adecuada de los genitales del enfermo.

Consiste en la introducción de una sonda en la vejiga. Este puede ser:

- Temporal: sonda ordinaria o recta para intubación temporal.
- Permanente: sonda con punta o globo para intubación duradera o drenaje continuo.

Indicaciones.

- Facilitar la evacuación de la orina.
- Obtener una muestra estéril de orina.
- Controlar el flujo de orina.
- Irrigar la vejiga.
- Introducir medicamentos.
- Determinar la cantidad de orina residual.
- Prevenir la tensión en la pelvis o heridas abdominales por la vejiga distendida.

Material necesario:

- Sonda vesical. Tubo semirrígido y de distintos materiales (látex, silicona) y diámetros (12, 14, 16...). El final de la sonda está perforado y es por donde se recolectará la orina directamente de la vejiga. El otro extremo es la que se conectará a la bolsa de diuresis o bolsa recolectora.
- Bolsa recolectora, destinada a recoger orina. Está compuesta por un tubo de plástico que se une a la sonda. Debe vaciarse periódicamente y cambiarla una vez al día como mínimo, según esté prescrito y dependiendo de la patología del enfermo.

Tipos de sondas:

Las sondas son tubos de distinto calibre, fabricados con diferentes materiales (caucho blando o duro, silicona, metal y plástico). El calibre se mide por el diámetro de la luz, que se gradúa según una escala numérica. Las más usadas son:

Robinson: Sonda rígida de una sola luz, con punta redondeada o acodada, en cuya proximidad hay uno o más orificios. Se usa en sondajes temporales.

Pezzer: Sonda semirrígida y recta de una sola luz, con punta fungiforme, que puede tener dos o más orificios. Se inserta quirúrgicamente (sondaje permanente) y requiere una sutura en la piel para inmovilizarla. Se emplea en el drenaje vesical, en el suprapúbico y en el renal.

Malecot: Sonda semirrígida de una sola luz, con una punta similar a la de Pezzer, pero de orificios más grandes. Se inserta quirúrgicamente, y no se introduce en la uretra.

Foley: Sonda flexible que presenta una punta redondeada o acodada, con dos o tres luces en su interior. Una de ellas sirve para drenar la orina, otra para llenar el balón hinchable, situado en el extremo de la sonda, con agua o suero fisiológico, que permite el anclaje dentro de la vejiga, y la tercera (sonda de tres luces), se utiliza para la irrigación de la vejiga.

Cuidados del auxiliar de enfermería en el sondaje vesical.

El sondaje vesical lo realizan las enfermeras. El auxiliar de enfermería puede ayudar preparando el equipo necesario y colaborando durante la realización del procedimiento.

- Mantener preparado todo el material y proporcionárselo a la enfermera cuando lo precise: Equipo para realizar el higiene genital (palangana con agua caliente, jabón, esponja y toalla), guantes desechables, guantes estériles, antiséptico, gasas estériles, paños estériles (uno fenestrado), pinza de disección, lubricante urológico anestésico, jeringa de 10 cc., agua estéril o suero fisiológico, sonda vesical, bolsa de diuresis y soporte, batea, bolsa de basura, cinta adhesiva (para fijar al muslo), recipiente para toma de muestra (si es necesario), y bata y mascarilla opcional.

- Mantenimiento de la bolsa recolectora en las mejores condiciones de asepsia con el fin de prevenir la infección y facilitar el drenaje: comprobar que se encuentra por debajo del nivel de la vejiga en su soporte correspondiente y nunca en el suelo.

Cambio de la bolsa recolectora o bolsa de diuresis cada vez que precise o dependiendo del protocolo del centro. Ésta se cambiará de la siguiente manera:

Se pinza la sonda con una pinza de Kocher, se pinza la bolsa y se desconecta.

Se debe colocar una gasa para apoyar la sonda. A continuación, se retira el tubo de la nueva bolsa y se conecta a la sonda vesical.

- Evitar acodos u obstrucciones en el tubo de drenaje.

- Lavar la zona perineal-genital la zona de contacto de la sonda, al menos dos veces al día, y utilizar después un antiséptico.

- Revisar periódicamente la sonda, para detectar obstrucciones y exudados.

- Registrar la ingestión y la eliminación.

3.1.2.Sondaje nasogástrico.

Indicaciones del sondaje nasogástrico.

Consiste en la introducción de una sonda, a través de las fosas nasales o de la cavidad bucal, hasta el estómago con distintos fines:

- Aspiración gástrica. El objetivo es vaciar el contenido del estómago u obtener muestras, conectando la sonda a un aparato de aspiración intermitente o continua.

- Irrigación y lavado de estómago. La irrigación consiste en introducir lentamente una solución salina en la sonda, mediante una jeringa para comprobar su permeabilidad (unos 30 ml.). En caso de lavado, se inyectan 500 ml de solución de lavado o antídoto prescrito a través de la sonda, para limpiar o neutralizar el contenido gástrico.

- Alimentación. Consiste en la introducción, a través de la sonda, de líquidos hasta el estómago mediante una jeringa u otro sistema de infusión. Este procedimiento se alterna con lavados intermitentes.

Cuidados del auxiliar de enfermería en el sondaje gástrico.

El sondaje gástrico es llevado a cabo por las enfermeras. Así como la técnica de sondaje vesical es una técnica estéril, el sondaje gástrico no se considera como tal, aún así se deben mantener igualmente las condiciones higiénicas oportunas.

El auxiliar ayudará a la enfermera a su colocación de la siguiente manera:

- Colocar al paciente en posición de Fowler alta si no hay contraindicación.

- Mantener preparado todo el material y proporcionárselo a la enfermera cuando lo precise: Guantes, sonda gástrica del calibre adecuado, lubricante hidrosoluble, vaso de agua, jeringa de 50 CC., batea, bolsa colectora terminal, esparadrapo hipoalérgico, fonendoscopio, depresor lingual,, empapadora o toalla, gasas.
- Cambio de la bolsa recolectora cada vez que precise o dependiendo del protocolo del centro.
- Evitar acodos u obstrucciones en el tubo de drenaje y vigilar que el aparato de aspiración funciona adecuadamente.
- Registro del contenido recogido por la bolsa recolectora por turno o como la enfermera o personal facultativo lo crea oportuno.

4. Osteomías

Se entiende por **ostomía** cualquier intervención quirúrgica por la que se abre un orificio artificialmente de forma que se pone en contacto una víscera, órgano, etc. con el exterior.

La **estoma** es el orificio en sí, el orificio producto de una ostomía.

El objetivo de las ostomías puede ser:

Nutrir al paciente.

Permitir su respiración.

Recuperar la función eliminatoria (vesical, intestinal, etc.)

Las ostomías toman el nombre de las zonas del cuerpo en las que se localizan (gastrostomía, yeyunostomía, etc), pero a parte de ello, las ostomías pueden ser:

Temporales: Como la propia palabra lo dice, tienen una duración limitada y determinada, la mayoría de veces en espera que se recupere un órgano afectado generalmente por una intervención quirúrgica.

Permanentes o definitivos: Cuando la enfermedad o afectación del órgano es tan grave que no se va a solucionar con una intervención quirúrgica o, ésta no es factible o viable

4.1. Tipos de Ostomías.

4.1.1. Ostomías gastrointestinales.

Estomas de nutrición:

Esofagostomía.

Gastrostomía.

Yeyunostomía.

Estomas de eliminación:

Ileostomía continente (Bolsa de Kocke).

Ileostomía incontinente (de Brooke).

Cecostomía.

Colostomía.

Sigmoidostomía.

4.1.2. Ostomías urológicas.

A través de ellas derivamos la orina desde la zona donde se encuentre insertada hacia la pared abdominal.

Clasificación de las urostomías:

Vesicostomía : En la que se sutura la pared anterior de la vejiga a la pared abdominal y se realiza la ostomía de manera que la orina se evacua directamente desde la vejiga al exterior. Esto es posible debido a que el uréter se cierra y a que el estoma es continente de tal modo que la evacuación de la orina se debe realizar mediante la introducción de sondas en el estoma.

Ureterostomía cutánea: En la cual los uréteres se abocan al exterior de la pared abdominal o a los laterales del abdomen. Estas estomas suelen ser pequeños y tener un flujo continuo; además de ello pueden ser unilaterales (que se aboque un solo uréter) o bilaterales (que se aboquen ambos).

A su vez estos últimos pueden ser:

De doble conducto: En los que las dos bocas confluyen una al lado de otra.

De lazo: Cada uréter desemboca en un costado diferente.

Ureterostomía transureterostomía: Se hace una Y con ambos uréteres de forma que ambos desembocuen en un solo conducto.

Ureterosigmoidostomía : Es la conexión con el colon sigmoide para que la orina pueda ser excretada por el recto. De este modo se cree que se reduce el riesgo de producir pielonefritis (considerada el mayor riesgo de estas ostomías).

4.2. Cuidados de la piel periestomal.

Con el cuidado de la piel periestomal lo que intentamos es mantener su integridad para aumentar la resistencia a la penetración microbiana. Para ello son muy importantes unos cuidados esmerados por parte del personal de enfermería así como una buena educación al paciente y a la familia.

Los signos que podemos considerar como de alerta son:

Rubor.
Excoriaciones.
Úlceras.
Necrosis.

4.3. Cuidados específicos.

Impedir la humedad de la superficie cutánea que rodea la estoma.

Evitar las reacciones físicas y/o químicas debidas a los continuos e inadecuados cambios de dispositivos de contención (en colostomías, etc) y al contenido fecal o urinario que se almacena en dichos sistemas.

Para evitar la irritación física podemos colocar dispositivos de aro fijo que permanecen adheridos a la piel y lo único que se cambia es la bolsa colectora.

Por otro lado y para evitar la irritación de origen químico, mantendremos la zona limpia mediante el uso de jabones neutros, esponjas naturales y un secado meticuloso tras el lavado.

Controlar la aparición de reacciones de sensibilidad o alergias.

No utilizar alrededor de la piel periestomal alcohol, ni derivados mercuriales.

5. Enemas

La introducción de líquido en el intestino no es una técnica libre de riesgos, debe realizarse sólo por orden médica y/o enfermera.

Es preciso aportar tacto y delicadeza, así como un escrupuloso respeto al pudor e intimidad del paciente

La técnica suele ser llevada a cabo por la enfermera o el médico y con la ayuda del auxiliar.

5.1. Administración rectal.

Absorción y paso a la circulación general del medicamento a través de las venas hemorroidales.

Puede ser por medio de:

Supositorios rectales

Enemas

5.1.1. Supositorios rectales.

Son productos sólidos de forma tal, que se pueden introducir sin la menor dificultad en el recto o a través del ano. El medicamento va vehiculado por crema de cacao, que al calentarse en el recto, se funde.

Se deben conservar en lugar fresco. Para administrarlo llevaremos a la habitación del enfermo en una batea: el supositorio adecuado, gasas y guantes desechables.

Procederemos de la siguiente manera:

Antes de cualquier maniobra, nos lavaremos las manos para no contaminar.

Explicaremos al paciente lo que le vamos hacer, para que colabore.

Colocaremos al enfermo en decúbito prono o lateral.

Nos colocaremos los guantes.

Separaremos los glúteos con una gasa, con otra introduciremos el supositorio.

Ya introducido, apretaremos los glúteos.

Posteriormente, volveremos a desinfectarnos las manos y dejaremos constancia en historia de su administración.

5.1.2. Enemas.

Existen diferentes tipos, en función de la necesidad.

A. Clasificación:

Enema de retención, para introducir alimentos y medicación.

Enema de limpieza, para favorecer la excreción de heces.

Enema carminativo (ciego), para expulsar gases.

Enema antiséptico, para destruir gérmenes y bacterias

Enema baritado, para examen radiológico de intestino.

Enema aéreo, introducción de aire para radiografías.

B. Material:

Equipo desechable para enema (recipiente, tubo y pinzas)

Cánula

Lubricante

Hule

Toalla o travesero

Cuña

Papel higiénico

Gasas y guantes.

Solución indicada por la enfermera según la necesidad del enfermo.

C. Técnica:

Recostaremos al enfermo sobre el lado izquierdo con las piernas algo flexionadas (posición de Sims).

Colocaremos una almohada debajo de los glúteos, para que estén la cabeza y piernas más bajas.

Se esperará de 15 a 30 minutos

La temperatura del enema será de 36 a 40 grados.

Lavarse las manos una vez efectuado el enema, y dejar constancia.

5.2. Limpieza de material

Todo material usado además de mancharse puede contaminarse, por tanto, después de su uso debe ser cuidadosamente esterilizado y guardado higiénicamente.

Las sondas, hules y tubos después de lavarse se esterilizarán mediante ebullición, al igual que el material de cristal.